W sprawie techniki krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy.

(Według odczytu w Tow. ginekol. krakowskiem w d. 15. Grudnia 1896).

Podał

Docent Dr. Aleksander Rosner.

Jakkolwiek krwawe rozszerzenie szyi macicy, czyli tak zwana dyscysya, weszło w użycie mniej więcej w połowie tego wieku, jednak nie brak dowodów, że znacznie dawniej, bo już w pierwszej połowie XVII stulecia zabieg ten był wykonywanym. Kehrer[1]) cytuje ustępy z rozprawy Cooksa (1627) i dzieła Roonhuysena (1663), którzy uważają roz szerzenie szyi na tępo za odpowiedniejsze niż nacięcie; z ustępów tych wynika, że obu tym pisarzom znaną była niewątpliwie dyscysya. Poszła ona widocznie zupełnie w niepamięć, skoro w roku 1843 Jobert we Francyi, a Simpson w Szkocyi, niezawiśle od siebie, zabieg ten, jako nowy, opisują i polecają. Marion Sims[2]) przyjmuje z zapałem propozycyę europejskich chirurgów i przyczynia się swoim wpływem do tego, że zabieg ten zyskuje sobie prawo obywatelstwa pierwej w Ameryce niżeli w Europie. W czasie pobytu swego w Paryżu w jesieni 1862 r. wywalcza Sims dyscysyi na-

[1]) Arch. f. Gynaek. X. str. 438.
[2]) Gebärmutter-Chirurgie 1870.

leżne jej prawa i na kontynencie europejskim, gdzie dotąd bardzo nie wielu chirurgów miało odwagę zabieg ten wykonywać. Opowiadanie samego Simsa, które tu w kilku słowach przytaczam, rzuca światło na ówczesne pojęcia o niebezpieczeństwie tej operacyi. Sims, będąc w Paryżu, zaproponował pewnej damie, która się go radziła z powodu niepłodności, wykonanie dyscysyi. Nélaton, biorący udział w naradzie lekarskiej, oświadczył wówczas, że zabieg uważa za zbyt niebezpieczny dla życia, ażeby mógł go doradzać.

Zapatrywania te zmieniły się wkrótce z gruntu; niebezpieczeństwa, które miał na myśli Nélaton, t. j. krwotoki i zakażenie, nauczono się omijać lub zwalczać i pod osłoną antyseptyki i z pomocą wyrobionej techniki robiono przez pewien czas dyscysyj znacznie więcej, niż tego wymagała rzeczywista potrzeba. Operacya była w swojej „*Sturm und Drangperiode*“. „Każda młoda mężatka, która spaźniała się nieco z zastąpieniem, każda dziewczyna lub kobieta, mająca dolegliwości podczas peryodu, była skazywaną na ten zabieg“ (Pozzi [1]). Ta epoka bezkrytycznego, w niektórych przypadkach wprost bezmyślnego rozcinania szyi, minęła już bezpowrotnie. Złożyło się na to kilka przyczyn: po pierwsze, z natury rzeczy, po nadużyciach, jakich się dopuszczano z tym zabiegiem, nastąpić musiała reakcya; po drugie szybki i nadspodziewanie świetny rozwój tak zw. wielkiej chirurgicznej ginekologii zepchnął na drugi plan zabiegi drobne, ochrzczone wspólnem, nieco pogardliwem mianem małej ginekologii i zestawione odtąd razem ze skaryfikacyą i z tak zw.: „Tampongynaekologie“. Po trzecie, niebezpieczeństwo tego drobnego zabiegu nie dało się doszczętnie usunąć, a w końcu, co najważniejsze, ostateczne wyniki pozostawiały bardzo wiele do życzenia.

W czem leży przyczyna tego ostatniego szczegółu? Po pierwsze niewątpliwie w tem, że wykonywano zabieg u kobiet, u których, obok zwężenia szyjki macicy, inne zmiany odgrywały rolę w niepłodności i boleśnem miesiączkowaniu,

---

[1]) Traité de Gynécologie 1892 str. 574.

jak nieżyt maciczny, zmiany w trąbkach i jajnikach, zaburzenia w położeniu macicy itd.; powtóre w tem, że metoda, jaką się posługiwano, nie zabezpieczała żadną miarą przed nawrotem cierpienia. A nawrót ten, polegający na zrośnięciu się tego, co było przecięte, bywał gorszy od pierwotnego cierpienia, bo miejsce tkanek elastycznych, otaczających zwężone miejsce, zajmywały niepodatne blizny. Sims[1]) w swojem nieśmiertelnem dziele (*Gebärmutter-Chirurgie*, 1870 str. 111), zachwalając dyscysyę, pisze: „*Die ganze Philosophie dieser Operation besteht in Eröffnung und im Offenhalten des Kanals*"... Otóż, gdy to pierwsze nigdy nie przedstawiało trudności, to drugie okazało się rzeczą nie tak łatwą do osiągnięcia. Jeżeli, jak to wielu operatorów po dziś dzień czyni, przecina się całą szyję wraz z ujściem wewnętrznem, to wprost wyrazić należy wątpliwość, czy jest w naszej mocy zapobiedz powtórnemu zwężeniu tego ujścia, nie uciekając się do zabiegu plastycznego, jaki w ostatnich czasach proponuje Vuilliet[2]). Jeśli Rheinstädter[3]) uważa za rzecz niezbędną, mieć pacyentkę w opiece przez cały rok po dyscysyi i, przez wprowadzanie zgłębników, zapobiegać zwężeniu następowemu szyi, to popierwsze niewiele znajdzie się pacyentek, któreby się na tak długie leczenie zgodzić chciały, a powtóre zapytać należy, czyby nie wystarczyło samo leczenie „pooperacyjne" bez poprzedzającej dyscysyi. W każdym razie bardzo dalekim od ideału jest zabieg, który wymaga całorocznego leczenia pooperacyjnego.

Ale pomijam tu sprawę krwawego rozszerzania ujścia wewnętrznego, które, zdaje mi się, bardzo rzadko chyba jest wskazane i przechodzę wprost do pytania nas obchodzącego, t. j. do przecięcia ujścia zewnętrznego.

Zabieg to, jak wiadomo, nieporównanie mniejszej wagi, który naraża chorą znacznie mniej na krwotok i na zapalenie tkanki łącznej okołomacicznej, niż dyscysya ujścia we-

---

[1]) Centr. f. Gynaek. 1894 str. 57.
[2]) Praktische Grundzüge der Gynaekologie 1892 str. 234.
[3]) l. c.

wnętrznego. Pisząc wyłącznie o technice, pomijam z umysłu wskazania do tego zabiegu.

Ujście zewnętrzne przeciąć można rozmaitemi narzędziami, w rozmaitych kierunkach i rozmaicie wysoko. Można zapewne używać noży ukrytych, tak zw. histerotomów, na jednę lub obie strony tnących, jeśli się przecina ujście wewnętrzne. Narzędzia Simpsona, Greenhalga, Martina do niedawna też były jeszcze w użyciu, i zapewne gdzieniegdzie używa się ich i dzisiaj. A przecież przyznać należy słuszność wywodom Simsa[1]), który z zasady narzędzia te, jako na ślepo działające, potępiał i nawet wewnętrzne ujście nożem przecinał. Tem mniej racyi ma użycie histerotomu przy dyscysyi ujścia zewnętrznego. Jest rzeczą mało zasadniczą, czy się do tego celu użyje noża, czy nożyczek; jeśli noża, to winien on być gałkowatym, jeśli nożyczek, to mocnych.

Pospolicie przecina się na boki; ten kierunek wskazują nam poprostu wręby porodowe, które zwykle od ujścia na boki się rozciągają. Gusserow, po uskutecznieniu tych cięć bocznych, przecinał nadto każdą z powstałych przez to warg na dwie połowy, prawą i lewą, czyli inaczej mówiąc, przecinał część pochwową na krzyż. Kehrer[2]) poszedł jeszcze dalej; zamiast jednego cięcia w każdej wardze, wykonywał on ich po 2 lub 3 i dzielił przez to część pochwową w okolicy ujścia na 6 do 8 płatków. Nie sądzę, ażeby te sposoby miały być lepsze od zwykłego cięcia na boki; zapewne, że niebezpieczeństwa większego nie przedstawiają, ale też nie dają lepszej gwarancyi co do zupełnego wyleczenia; stwarzają one bądź co bądź stosunki niezwykłe i nadają ujściu kształt, jakiego zwykle nie miewa.

Mówiąc o kierunku cięcia, wspominam tylko pobieżnie o znanej dyscysyi Simsa[3]) ku tyłowi. Sposób ten nie może być jednak zestawianym z innemi metodami dyscysyi, gdyż ma zupełnie odrębne wskazania i ma na celu nie rozszerze-

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.

nie, tylko przemieszczenie ujścia zewnętrznego ku tyłowi. Że obok tego przemieszczenia sprowadza rozszerzenie, jest rzeczą podrzędną. W ostatnich czasach Thomas Keith[1]) zmodyfikował tę metodę w ten sposób, że rozszerzenie odpadło w zupełności.

Zachodzi wreszcie pytanie, jak wysoko ciąć należy? Niektórzy autorowie, opierając się na tym smutnym fakcie, że nacięcie tylko miernie wysoko sięgające, zaciąga się po pewnym czasie tak, że ani śladu po nim nie zostaje, radzą ciąć aż do nasady pochwy. Takie bardzo głębokie nacięcia sprowadzają pewnego rodzaju *ectropium*, jakie u wieloródek po głębokich przedarciach szyi spotykamy i ten stan zapobiega zgojeniu się rany i powtórnemu zwężeniu ujścia. Słusznie jednak mówi Pozzi[2]), że takie wywinięcie warg naraża chorą niepotrzebnie na zapalenie błony śluzowej szyi. Wiadomo przecież, że *ectropium* to, w naturalny sposób po porodzie powstałe, odgrywa tak ważną rolę w etyologii nieżytu szyi i innych cierpień kobiecych, że w myśl propozycyi Emmeta, przedarte brzegi ujścia okrwawia się i zeszywa napowrót. Czyż więc jest racyonalnem, ażeby jednym zabiegiem stwarzać tak nieprawidłowe stosunki, któreby uprawniały lekarza do wykonania drugiego? i czy mamy prawo chorą, która cierpi na boleśne miesiączkowanie narażać na nieporównanie cięższe cierpienie, jakiem jest nieżyt szyi macicznej?

Obowiązkiem operatora, który przystępuje do krwawego rozszerzenia ujścia zewnętrznego jest wykonać zabieg ten w ten sposób, ażeby zabezpieczyć chorą zarówno przed nawrotem pierwotnego cierpienia, jak i przed jakiemkolwiek innem, któreby mogło być następstwem samego zabiegu. Nacięcie głębokie aż do nasady pochwy (Martin) sprzeciwia

---

[1]) British Gynaec. Journ. 1896.
[2]) l. c.

się tej zasadzie i zupełnie zgadzam się z wywodami Boryssowicza[1]), który zabieg ten potępia. Również słusznie twierdzi Boryssowicz, że nie godzi się amputować części pochwowej, lub wycinać klinów z obu warg (Simon) dla osiągnięcia rozszerzenia ujścia tam, gdzie część pochwowa nie jest wydłużona lub zgrubiała. Każdy zabieg powinien mieć swoje wskazania; jeśli jeden zdoła usunąć dwa wikłające się cierpienia, to trzeba to uważać za rzecz korzystną. Wysoko też należy cenić tę zaletę amputacyi części pochwowej i wycięcia klinów, że obok właściwego wskazania, czynią zadość w niektórych przypadkach i innym, n. p. zwężeniu ujścia. Ale można śmiało wypowiedzieć twierdzenie, że oba te zabiegi, tam gdzie nie są potrzebne, są szkodliwe.

Więc i te zabiegi nie wskażą nam racyonalnej drogi do celu, jakiśmy sobie wytknęli.

Dwoma sposobami starano się osiągnąć trwały ostateczny wynik po przecięciu ujścia: 1) przecinano szyję w sposób zwykły, a dopiero leczenie pooperacyjne skierowane było przeciw powtórnemu zarośnięciu; 2) sam zabieg wykonywano w ten sposób, ażeby utrudnić, względnie uczynić niemożliwym nawrót cierpienia. Zbytecznem byłoby rozwodzić się nad tem, że ten ostatni sposób jest racyonalniejszy, że leczenie pooperacyjne wyłącznie tylko tam rozstrzyga o ostatecznym wyniku, gdzie sam zabieg jest na tyle nieudolny, że tego nie czyni. Idealną byłaby ta operacya, któraby nie wymagała zgoła żadnego leczenia pooperacyjnego; do tego ideału zbliża się ona wtedy, jeżeli leczenie pooperacyjne ma na celu tylko zabezpieczenie chorej przed cierpieniem, któreby mogło przypadkowo dołączyć się do świeżo zadanej rany. Dlatego, że tylko jednego użyję przykładu, całkowite wyjęcie macicy, dotkniętej włókniakami lub jej nadpochwowe odcięcie z zapuszczeniem kikuta do brzucha, jest zabiegiem więcej zbliżonym do ideału, niżeli odcięcie z pozaotrzewnowem zaopa-

---

[1]) Centr. f. Gyn. 1894 str. 62.

trzeniem kikuta, które wymaga długiego i umiejętnego leczenia pooperacyjnego.

Starano się ponownemu zwężeniu szyi zapobiedz w ten sposób, że do szyi i pomiędzy obie boczne rany wsuwano strzępki gazy lub waty, napojonej różnymi przetworami (sześciochlorek żelaza, chlorek cynku i t. d.).

Też Grigoriantz [1]) radzi strzępki te przymocowywać za pomocą nitek jedwabnych, przeprowadzonych przez obie wargi maciczne. Inni (Martin [2]) wsuwają pomiędzy rany czopki z tłuszczu kakaowego, inni wreszcie (Hofmeier, Rheinstädter) palcem rozdzierają napowrót zrastające się rany.

Z przyczyn powyżej wyłuszczonych te sposoby mogłyby tylko wtedy mieć racyę bytu, gdybyśmy samym zabiegiem nie byli w stanie zapobiedz nawrotowi cierpienia. Tak jednak nie jest. Podano do tego celu kilka metod. W jedną grupę ująćby można te, które się wykonywa bez pomocy narzędzi tnących, a w których rozszerzenie ujścia jest następstwem nekrozy tkaniny, objętej i zaciśniętej podwiązką. Boryssowicz, opisując swój sposób, w którym brzegi ujścia przecina powoli nitką jedwabną, wspomina o t. zw. *méthode de l'anneau* Courtyego, który do tego celu posługiwał się drutami srebrnymi. Lwoff [3]) opisuje sposób własny, który jest tylko uproszczeniem metody Boryssowicza [4]).

Może nazwie kto stanowisko moje czysto akademickiem, i nie praktycznem, jeśli te metody nazwę za mało chirurgicznemi. Przyznaję racyę końcowym wywodom Boryssowicza i wierzę, że zabieg jego jest łatwy, nieboleśny, prosty i mało niebezpieczny, że daje wreszcie dobre wyniki. Ale mimo to stanąłbym na tem stanowisku, że do przedzielenia tkanin służą narzędzia tnące, nóż i nożyczki, i że powolne sprowadzanie śmierci tkanek, dla przecięcia lub odcięcia czegokolwiek, jest zabiegiem mniej chirurgicznym i mniej ra-

---

[1]) Centr. f. Gynaek. 1889. s. 7481.
[2]) Frauenkrankheiten 1885· s. 274.
[3]) Frommel: Jahresbericht 1895. s. 58.
[4]) l. c.

cyonalnym, niżeli zwykłe przecięcie lub odcięcie na ostro. O zapobieżenie krwotokowi nie chodzi tu wcale, bo przecież nie obawiamy się krwawienia, powstałego przez przecięcie brzegów ujścia zewnętrznego. Tamponada, której rzeczywiście unika Boryssowicz, bywa po rozcięciu ujścia zewnętrznego rzadko tylko dolegliwa. Zwykle ograniczyć się można do luźnego wypełnienia pochwy.

Do drugiej grupy należą te zabiegi, które mają na celu zeszycie błony śluzowej części pochwowej z błoną śluzową przewodu szyi, czyli zupełne pokrycie wszystkich czterech ran, powstałych przez przecięcie szyi na boki. Należy tu w pierwszym rzędzie dawniejszy zabieg Courtyego, według którego zaraz po przecięciu przystępuje się do szwu.

Kto kiedykolwiek wykonywał szew taki, ten przyzna, że może on mieć bardzo wielkie zalety, jako szew hemostatyczny, nie jest jednak szwem plastycznym. *Prima reunio* obydwóch błon śluzowych nie da się nim osiągnąć. Obie błony są na podstawach swoich nieprzesuwalne, a rozgraniczone od siebie grubą warstwą niepodatnej tkanki szyi. Zupełnie też odpowiednią i słuszną jest propozycya Pozziego[1]), ażeby ze wszystkich czterech ran, powstałych przez przecięcie szyi na boki, przed założeniem szwu wyciąć kliny z tkanki mięsnej i przez to zbliżyć do siebie błony śluzowe i stworzyć warunki do doraźnego zagojenia się zeszytej rany. Nie wiem tylko dlaczego Pozzi radzi nacinać szyję aż do sklepień. Nie ulega przecież wątpliwości, że powstające przez to ujście jest nieprawidłowo szerokie, do plastyki Emmeta się nadające. Można jeszcze usprawiedliwić operatora, który nie zakłada szwów i tem szerokiem nacięciem chce się zabezpieczyć przed nawrotem. Jeśli jednak szew Pozziego sam przed tym nawrotem chroni, to po co tak rozległe nacięcie? Oprócz tej uwagi, która, chętnie to przyznaję, nie dotyczy rzeczy istotnej, stanowiącej niejako treść operacyi, możnaby metodzie Pozziego zarzucić to, że jest trochę zanadto skom-

---

[1]) Annales de Gynécol. XI. s. 407.

plikowaną i technicznie trudną. Jeśli zgojenie się ma nastąpić rzeczywiście doraźnie i linearnie, (a tylko wtedy może metoda ta prędzej zabezpieczać przed nawrotem), kliny muszą być wycięte dokładnie i szew założony z wielką ścisłością. Odnosi się to przedewszystkiem do kąta, który najdokładniej powinien być zaszyty, bo od niego zaczyna się zarośnięcie, a który zaszyć najtrudniej, bo leży w samem sklepieniu.

Z tego zestawienia widzimy, że akta dotyczące techniki tego drobnego zabiegu nie są bynajmniej zamknięte. Jeśli uwzględnimy, że drobna ta operacya ma na celu usunięcie zboczeń bardzo niemiłych, jak bolesnej miesiączki, że od jej wyniku w przypadkach niepłodności zawisło niejednokrotnie szczęście rodziny, to usprawiedliwioną będzie dążność do stworzenia metody, którаby w wynikach swoich co do trwałego rozszerzenia ujścia była pewna, technicznie nie trudna, i niebezpieczeństw pozbawiona.

Pragnę tu opisać metodę, którą przed kilku tygodniami zastósowałem u osoby, lat 32 liczącej, która zgłosiła się do mnie dnia 26-go Listopada, radząc się z powodu niepłodności i bardzo bolesnej miesiączki. Przed 12-ma laty wykonano u niej we Lwowie przecięcie ujścia zewnętrznego, po czem, choć nię zastąpiła, wolną była przynajmniej przez kilka miesięcy od wszelkich dolegliwości miesiączkowych. Znalazłem u niej prawidłowo wielką i położoną macicę, bez zmian w częściach dodatkowych. Natomiast ujście zewnętrzne bardzo wązkie, obok niego, po obu stronach, wyraźne blizny po dyscysyi. Brzegi ujścia niepodatne. Główka zwykłego zgłębnika macicznego Valleixa przechodzi z oporem. Po wyjęciu jej sterczy z ujścia czopek gęstego śluzu.

Zaproponowałem chorej dyscysyą, a ponieważ chętnie się na to zgodziła, przeto wykonałem zabieg dnia 30. Listopada w domu zdrowia kol. Dra Gwiazdomorskiego, przy łaskawej pomocy kol. Dra Świtalskiego.

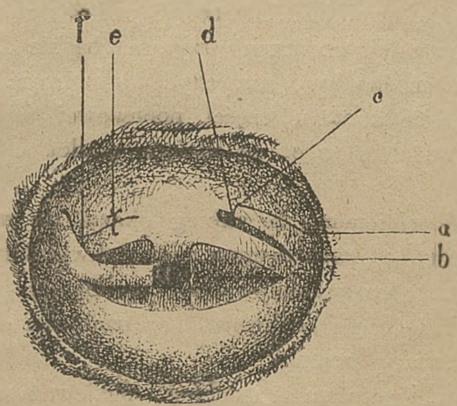
Myślą przewodnią i istotną treścią tego zabiegu było wszczepienie w kąt rany, powstałej po dyscysyi, płatka tkanki, wyciętego z części pochwowej.

Płatek taki, wypełniając kąt, w którym zbiegają się rany przedniej i tylnej wargi, ma cel podwójny: 1) przez wgojenie się nie dopuścić do powtórnego zrośnięcia się przedniej wargi z tylną; 2) ma mechanicznie odsuwać od siebie obie wargi.

Łatwo zrozumieć, że jeśli sam kąt rany powtórnie się nie zaciągnie i nie zarośnie, nie może też zaróść reszta rany ciętej, leżąca bliżej ujścia zewnętrznego. Płatek ten działa więc podobnie jak R o s e r a przy operacyi stulejki (fimozy).

Zabieg przedstawiał się, jak następuje: Po należytem zdezinfekcyonowaniu pola operacyjnego, odsłonięcie części pochwowej we wzierniku Simsa w ułożeniu chorej na wznak, bez uśpienia i powtórne odrażenie. Sciągnięcie części pochwowej do szpary sromowej zapomocą kleszczyków (*Kugelzange*). Nacięcie szyi na boki nożem gałkowatym, na wysokość około $1^1/_2$ ctm. Następnie zwykłym nożem wycięto naprzód po lewej, potem po prawej stronie płatek z przedniej wargi macicznej. Jest on prostokątny i długą swoją osią równoległy do rany, powstałej przez dyscysyą. Jego nasada, t. j. miejsce, którem, po zupełnem oddzieleniu pozostaje w związku z częścią pochwową, leży bardzo blizko szczytu rany dyscysyjnej, t. j. miejsca, w którem zbiegają się powstałe przez przecięcie rany obu warg macicznych, cośkolwiek jednak wyżej od tego miejsca, czyli bliżej sklepienia bocznego. Długość jego podobnie jak i rany dyscysyjnej wynosi około $1^1/_2$ ctm.; ponieważ zaś zaczyna się nieco powyżej szczytu tej rany i biegnie przez przednią wargę równolegle do niej, przeto koniec jego znajduje się w pobliżu dawnego ujścia zewnętrznego. Szerokość jego powierzchni, t. j. szerokość błony śluzowej części pochwowej, która go pokrywa, wynosi około 5 mm. Głębsze jego warstwy są coraz węższe, ponieważ cięcia, nakreślające oba długie boki prostokąta, idą wgłąb ku sobie zbieżnie, klinowato. Podłużna rana, po wycięciu tego długiego klina powstała, daje się dzięki temu łatwo zaszyć (*e*). Płatek ten, widzimy na załączonym rysunku; po stronie lewej jest on oddzielony od podstawy (*a*, *b*) ale je-

szcze nie przeszczepiony w kąt rany. Po stronie prawej zabieg jest już skończony i płatek leży w kącie rany, gdzie ma przyróść. Jest on do tego miejsca przyczepiony szwem katgutowym, który idzie przez szczyt płatka (*c*, *d)* i przez wewnętrzny koniec rany dyscysyjnej, w miejscu więc, gdzie rana ta sąsiaduje z nienaruszoną jeszcze błoną śluzową przewodu szyi.



Przekonałem się podczas operacyi, że inne szwy celem umocowania płatka są niepotrzebne. Zaszywa się tylko rany, powstałe przez wycięcie płatków, każdy jednym szwem katgutowym i zabieg jest skończony. Opatrunek polega na wsunięciu strzępka gazy jodoformowej do przewodu szyi i na okryciu ran gazą.

Pochwę tamponuje się lekko. Opatrunek usunąłem w 2 doby po operacyi i zarządziłem przepłukiwanie pochwy wodą przegotowaną. Osmego dnia odsłoniłem część pochwową we wzierniku i przekonałem się, że oba płatki żyją i są dobrze przytwierdzone do kątów rany. W kilka dni później pacyentka opuściła dom zdrowia. Zamierzałem pierwotnie nie zakończyć na tem operacyi, tylko poczekać aż płatki dobrze przyrosną i przeciąć ich nasadę tak, iżby je całkowicie od miejsca, skąd są wzięte, oddzielić. Miałem tę myśl

dlatego, ponieważ obawiałem się, że ta część płatka, która leży najbliżej nasady i przekracza, ażeby się dostać do rany dyscysyjnej, mostek nienaruszonej i przybłonkiem pokrytej części pochwowej (*f*), utworzy z czasem garb zniekształcający część pochwową. Te obawy okazały się jednak płonnemi.

Zresztą w przyszłości uniknąć będzie można inaczej tego niebezpieczeństwa, gdyż zupełnie zgadzam się z uwagą prof. J o r d a n a, że mostek ten, w miejscu, gdzie go płatek przekracza, najlepiej będzie przeciąć podczas zabiegu, przez co płatek na całej przestrzeni przylegać będzie do rany. Już ósmego dnia można było zauważyć, że ta część płatka spłaszczyła się i że konturu części pochwowej w niczem nie zmienia; uważałem więc, że odcięcie płatka u nasady jest zbyteczne.

Dodać winienem, że zabieg okazał się w tym przypadku łatwym, co zawdzięczam niewątpliwie dobrym warunkom, w jakich go wykonywałem, umiejętnej pomocy i tej okoliczności, że część pochwowa bez trudności dała się sprowadzić do szpary sromnej.

Opisuję i polecam ten zabieg, ponieważ sądzę, że jest on chirurgicznie poprawnym, zabezpieczać winien przed tem, co dyscysyę najwięcej dyskredytuje, t. j. przed nawrotem cierpienia i ponieważ nabrałem przekonania, że nie przedstawia ani niebezpieczeństw, ani technicznych trudności.

Statystyka, oparta na liczbach i dłuższej obserwacyi chorych, wyda w swoim czasie wyrok o jego praktycznej wartości.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego" 1897. Nr. 2.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.